TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr G. CHAVANNAZ

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE BORDEAUX

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

TITRES SCIENTIFIQUES

Licencié ès sciences physiques, 1887

Externe des hopitaux, 1890.

Interne provisoire, 1891.

Interne titulaire, 1892.

Lauréat de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux (2e prix 1892, 1er prix 1893).

Lauréat des hopitaux, 1892, 1893, 1894.

Docteur en médecine, 1894.

Lauréat de la Faculté de médecine de Bordeaux (Prix du Conseil général, 1894. Prix Godard des thèses, 1894-95).

Chef de clinique chirurgicale a la Faculté de médecine de Bordeaux (1894-95, 1895-96).

Membre de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux (Secrétaire des séances, 1893. Secrétaire général, 1897).

Membre de la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux (Secrétaire des séances).

Chirurgien des hopitaux de Bordeaux (Concours, 29 juin 1896).

ENSEIGNEMENT

Conférences cliniques à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux (année scolaire 1894-1895). Service de M. le professeur Demons.

Conférences d'internat (1895-1896-1897).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Des fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, n°ˢ novembre et décembre 1897, janvier et février 1898.

Notre travail est basé sur l'étude de 95 observations. A son occasion nous avons fait également des expériences sur le chien.

ÉTIOLOGIE

Les fistules traumatiques se rencontrent dans une proportion de 13,68 p. 100; elles sont donc beaucoup plus fréquentes que ne le disent les auteurs.

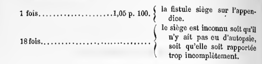
Parmi les fistules non traumatiques, les fistules d'origine inflammatoire entrent pour une part importante, 30,52 p. 100.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sa connaissance est capitale au point de vue thérapeutique, aussi elle est étudiée par nous avec le plus grand soin.

En ce qui concerne le siège de la fistule, nous arrivons aux données suivantes :

43 ou 42 fois, soit 45,26 ou 44,21 p. 100.	la fistule siège sur le rectum.
14 fois..................14,73 p. 100.	la fistule siège sur l'S iliaque.
8 fois....................8,42 p. 100.	la fistule siège sur le côlon.
4 fois....................4,21 p. 100.	la fistule siège sur le côlon et sur l'intestin grêle.
7 ou 8 fois.........7,36 ou 8,42 p. 100.	la fistule siège sur l'intestin grêle.



1 fois	1,05 p. 100.	la fistule siège sur l'appendice.
18 fois		le siège est inconnu soit qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, soit qu'elle soit rapportée trop incomplètement.

Dans **11** cas il existait des perforations multiples de l'intestin : 6 fois les ouvertures intestinales portant sur des portions différentes du tube intestinal et 5 fois au contraire sur un même segment.

Du côté de la vessie, dans 5 cas, il existait plusieurs ouvertures.

Un point capital est la recherche de l'existence d'un foyer intermédiaire aux orifices de la vessie et de l'intestin. Nous avons rencontré ce foyer dans **22,10** p. **100** des cas.

Un fait important au point de vue thérapeutique, c'est l'existence ou l'absence d'adhérences étendues réunissant les anses intestinales entre elles ou les accolant aux organes abdominaux. Nous ne trouvons que six fois ces adhérences signalées.

Il s'agit là d'adhérences étendues ; il est bien certain en effet que dans tous les cas il existe des adhérences localisées soit pour réunir directement l'un à l'autre l'intestin et la vessie, soit pour limiter la poche intermédiaire par laquelle se fait la communication.

SYMPTOMES

Ils sont variables, et en nous basant sur l'analyse des observations nous en faisons une étude complète.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'existence d'une communication anormale entre la vessie et l'intestin peut être fort difficile. L'un des moyens les plus élégants à mettre en pratique est l'épreuve de Senn. L'hydrogène est introduit par le rectum ; il est ensuite allumé au bout d'une sonde placée dans la vessie.

Le diagnostic de fistule vésico-intestinale étant établi, il faudra le compléter autant que possible par la détermination du siège et de la nature de cette fistule. Ici l'exploration du rectum jouera un rôle

capital et permettra immédiatement de savoir ai l'on a affaire à une fistule vésico-rectale ou à une fistule vésico-intestinale proprement dite. Par fistule vésico-rectale nous entendons fistule accessible par le toucher rectal. C'est là une division non anatomique mais clinique. Une fistule de la partie supérieure du rectum doit être rapprocbée au point de vue diagnostique et tbérapeutique des fistules vésico-intestinales proprement dites.

PRONOSTIC

Étudié d'abord en debors de toute considération patbogénique, puis en faisant entrer en ligne de compte l'origine méme de la communication anormale.

TRAITEMENT

Il peut être *médical* ou *chirurgical*.

Le traitement médical est le méme pour toutes les fistules vésico-intestinalea.

Le traitement chirurgical peut être palliatif ou curatif, mais ici il faut distinguer suivant la variété de fistule.

A. — *Fistules vésico-intestinalcs proprement dites.*

a) *Traitement palliatif.* — C'est la création d'un anus artificiel. Il n'est pas douteux que l'établissement d'un anus de dérivation soit susceptible d'amener une amélioration sensible dans la aituation du malade, mais pour pouvoir établir cet anus en toute sécurité il faudrait pouvoir diagnostiquer, au préalable, le siège exact de la communication anormale. D'autre part, dans un nombre de caa trop élevé pour être négligeable, on renoontre des fistules multiplea intéressant à la fois des portions différentes du tube intestinal. Pour ces diverses raisons, la colotomie qui a été vivement préconisée par quelques chirurgiens risque d'être chez certains malades une opération au moins inntile.

La création d'un anus artificiel n'est pas à rejeter, mais elle n'est de mise qu'après la vérification par la laparotomie du siège de la fistule.

Le traitement palliatif, c'est encore l'entéro-anastomose, mais

celle-ci n'a que des indications assez rares dans les fistules vésico-intestinales.

b) *Traitement curatif.* — Pour arriver jusqu'au siège de la communication anormale on pourra s'ouvrir une voie à travere la vessie ou à travere le péritoine. Il y aura donc une voie transvésicale et une voie transpéritonéale.

1° Voie transvésicale. — Proposée pour la première fois en 1884 par M. le professeur Le Dentu et mise en pratique par M. Pousson.

L'intervention comprend plusieurs temps.

Incision de la paroi abdominale et ouverture de la vessie.

Recherche de la fistule et avivement.

Suture.

Fermeture dela plaie abdominale avec drainage de la vessie.

Chacun de ces temps est décrit en détail.

2° Voie transpéritonéale. — Elle comprend, elle aussi, plusieurs temps.

Incision de la paroi abdominale.

Recherche du siége de la communication anormale.

Traitement des orifices.

Fermeture de la plaie abdominale.

Cette division est évidemment un peu schématique et souvent dans la pratique, les deuxième et troisième temps seront un peu confondus, mais elle a l'avantage de faciliter la description.

L'étude des différents temps de cette voie transpéritonéale montre qu'on pourra être conduit à pratiquer sur l'intestin une simple suture, ou une résection intestinale. L'exclusion de l'anse malade pourra être un procédé de nécessité. Cette variabilité dane la conduite à tenir sera due et à la nature de la fistule, et à l'étendue des adhérences, et à la grandeur et au nombre des orifices anormaux.

Indications. — La voie transpéritonéale et la voie transvésicale revendiquent-elles une part égale dans le traitement des fistules vésico-intestinales proprement dites ?

La voie transpéritonéale est celle qui permet dans la plus large mesure de faire face aux nombreuses difficultés que peut présenter le traitement des fistules vésico-intestinales du type abdominal. Elle eeule peut fournir des notions exactes eur l'état de l'intestin dane le

voisinage de la fistule. Malgré ces avantages et en raison même des dangers qu'elle comporte, elle semble ne devoir vivre que des contre-indications de sa rivale.

La suture transvésicale ne saurait convenir aux cas où il existe un rétrécissement de l'intestio. De même pour l'existence d'une poche intermédiaire. Elle est particulièrement indiquée dans les fistules bimuqueuses, sauf cependant si la perte de substance est coosidérable ou s'il existe des fistules multiples et très rapprochées, car dans ces cas elle pourrait constituer une menace pour la perméabilité du tube intestinal.

B. — *Fistules vésico-rectales.*

Leur origine est presque toujours facile à déterminer et souvent la facile connaissance de cette origine fait que la fistule passe au second plan, tout l'intérêt de la situation se concentre alors sur la lésion causale qui par son importance arrive à seule commander les indications thérapeutiques.

Cette étude s'applique donc peu à celles des fistules qui existent en tant que complication d'un cancer ou d'un rétrécisement du rectum.

Le traitement peut être médical ou chirurgical.

Le traitement médical ne diffère en rien de celui des fistules vésico-intestinales proprement dites.

Le traitement chirurgical est palliatif ou curatif.

a) *Traitement palliatif.* — C'est la colotomie et ici on ne se heurte pas aux difficultés signalées pour les fistules vésico-intestinales proprement dites.

b) *Traitement curatif.* — Son étude est avant tout celle des voies devant permettre d'arriver jusqu'au siège de la communication anormale.

Celles-ci peuvent être classées en :

Voie rectale;
Voie transvésicale;
Voie périnéale ;
Voie sacrée ;
Voie transpelvienne antérieure ;
Voie transpéritonéale antérieure.

Indications. — La voie transpelvienne antérieure ne conduit pas facilement sur le siège habituel de la perforation, elle est, dans l'immense majorité des cas, nettement contre-indiquée.

La voie transpéritonéale antérieure n'est guère applicable et cela tant en raison des dangers qu'elle présente, qu'en raison aussi des difficultés qu'elle offre dans son exécution, car ici il faut aller faire des sutures dans une cavité profonde où les mains et les instruments du chirurgien évoluent difficilement.

La voie périnéale est peu de mise, mais elle n'est pas à rejeter complètement.

Restent les voies rectale, vésicale et sacrée.

Lorsque la fistule est bas située, nul doute qu'aborder celle-ci par l'anus ne soit la véritable conduite à suivre, ou tout au moins la première chose à tenter dans un grand nombre de cas.

La voie transvésicale doit céder le pas à la voie rectale lorsque la fistule est bimuqueuse, facilement accessible par l'anus et sans foyer intermédiaire. Dans les fistules bimuqueuses un peu hautes, pas trop étendues, sans trajet intermédiaire, elle sera préférée à la voie sacrée. La présence d'un calcul vésical peut faire pencher la balance en sa faveur, car le chirurgien pourra alors espérer guérir son malade par une seule intervention.

La voie sacrée plus que toute autre est susceptible de faire face aux difficultés nombreuses que peut présenter le traitement des fistules vésico-rectales ; elle ne sera employée cependant que lorsque les méthodes plus simples ne seront pas de mise.

La voie sacrée trouvera particulièrement son application dans les fistules hautes dont l'accès par l'anus serait particulièrement pénible ; dans celles où la perte de substance est large et commande plutôt la résection du rectum que sa simple suture ; dans celles où les brides, les adhérences gênent la suture ; dans celles enfin où le traitement par les voies naturelles aura échoué.

La nature de la fistule doit aussi être prise en considération dans le choix du procédé opératoire.

Indications générales. — Dans les fistules vésico-intestinales, quelles que soient leurs variétés et leurs origines, il n'y a pas de parallèle à établir entre le traitement médical et le traitement chirurgical.

Le premier s'imposera toujours, car alors même qu'on optera pour le traitement chirurgical, ne sera-t-il pas le moyen de préparer le malade à subir dans les meilleures conditions possibles l'opération qu'on aura jugée indispensable. La nécessité d'adjoindre un traitement chirurgical se fera inégalement sentir suivant les circonstances. Et ici non seulement les symptômes physiques mais encore les symptômes fonctionnels entreront pour beaucoup en ligne de compte. Si par exemple les gaz seuls passent dans la vessie, s'il n'existe pas de douleurs vives, si le malade n'est que très peu incommodé, si d'autre part la nature même de la maladie causale n'exige pas une intervention, le chirurgien aura tout intérêt à tenter longtemps du traitement médical, qui dans des cas particulièrement favorables, mais il faut bien le dire, exceptionnels, pourra amener une guérison complète ou laisser persister un état compatible avec les exigences de la vie.

Les douleurs, l'aggravation de l'état général, les accès de rétention d'urine ou d'obstruction intestinale, l'empoisonnement urineux, seront ordinairement les phénomènes indiquant la nécessité d'une intervention active.

Si l'intervention chirurgicale s'impose, pour rejeter l'idée de cure radicale, le chirurgien devra avoir de sérieuses raisons et la création d'un anus artificiel ne doit être qu'exceptionnellement considérée comme l'ultima ratio de la chirurgie dans le traitement des fistules vésico-intestinales.

* * *

Kyste mucoïde du prépuce. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, avril 1898.

Les kystes mucoïdes du prépuce sont extrêmement rares. Mermet dans son travail sur les kystes congénitaux du raphé génito-périnéal n'a pu en réunir que trois exemples. Celui que nous avons rapporté semble être le premier dans lequel il se soit agi d'un kyste mucoïde suppuré.

Ce kyste a été rencontré chez un jeune homme de 22 ans. Nous avons pratiqué la circoncision.

La cavité comprenait deux portions bien distinctes : une première portion à paroi parfaitement nette et tapissée dans une assez grande partie de son étendue par un épithélium cylindrique; une deuxième portion séparée de la précédente par une sorte d'écran très incomplet et constituée par un petit abcès. Cet abcès siégeait entre le kyste et le bord libre du prépuce. Le contenu du kyste était presque exclusivement composé de globules de pus. Il était difficile d'y reconnaître des cellules épithéliales, mais on y trouvait des streptocoques comme dans les parois de l'abcès.



Carcinome encéphaloïde développé chez un sujet âgé de cinquante-neuf ans et atteint d'ectopie testiculaire (variété cruro-scrotale). (En collaboration avec M. Binaud.) *Société d'anatomie*, 10 février 1896.

Cette observation présenta quelques points intéressants.

C'est là un cas rara de dégénérescence cancéreuse de testicule ectopique, car pour Monod et Terrillon la cancer du tasticule ectopié n'aurait été rencontré que dans la variété inguinale.

L'ectopie cruro-scrotala ne s'était établia que tardivament, vers l'âge da cinquante ans, succédant à l'ectopie inguinale qui avait existé jusqu'alors.

* * *

Carcinome encéphaloïde du testicule gauche en ectopie inguinale, descente du testicule ; castration. (En collaboration avec M. Michel.) *Société d'anatomie*, 15 mars 1897.

Cette observation est particulièrement intéressante, surtout si on la rapprocbe da la précédente.

Il s'agit d'un homme da 30 ans qui n'a jamais été malada, qui n'a eu ni blennorrhagia, ni syphilis. Il n'a pas fait son service militaira parce que son testicule gauche n'était pas descendu et était resté dans le canal inguinal.

Au mois d'avril 1896 le sujet a éprouvé une sensation de pesanteur at quelques tiraillements au niveau de l'aine gaucba, avec irradiation du côté du rain correspondant.

Ces douleurs augmentaient avec la fatigue et disparaissaient dans la décubitus horizontal.

A cette époqua le malade a constaté que son testicula commençait à descendre, mais cetta descenta n'a pas été brusque et pour attaindra la scrotum la tasticule a mis un peu plus de trois mois. Pendant catta descente la peau du scrotum était, paraît-il, un peu rouge ; tous les soirs il existait un mouvement fébrila et les doulaurs avaient augmenté.

Au momant da l'entrée à l'hôpital, en février 1897, la scrotum est distandu par une tumaur ovoïda mesurant huit centimètres de dia-

mètre vertical sur six centimètres de diamètre transversal. Cette tumeur est solide, de consistance uniforme et la pression ne réveille pas la sensibilité propre au testicule ; du reste, le testicule et l'épididyme sont confondus ensemble.

La peau est mobile sur la tumeur ; elle n'offre pas de modifications dans sa coloration ou sa vascularisation.

Le cordon spermatique est augmenté de volume et douloureux à la pression, plus douloureux que le testicule.

L'exploration des ganglions lombaires et des ganglions inguinaux reste négative.

Du côté droit, légère hydrocèle. Dans le testicule, trois petits noyaux rappelant par leur forme et leur consistance des grains de gros plomb. Ces noyaux se sont montrés dans les deux derniers mois et leur formation a coïncidé avec l'apparition de douleurs dans le testicule droit. Ce testicule a conservé sa sensibilité normale à la pression. L'épididyme et le cordon spermatique correspondants sont sains.

La prostate est indemne.

L'état général est satisfaisant, pourtant perte des forces et léger amaigrissement.

Le 26 février 1897, castration du côté gauche.

L'examen microscopique montre un carcinome encéphaloïde.

Il semble donc qu'ici la dégénérescence cancéreuse ait coïncidé avec la descente tardive du testicule ; peut-être même cette descente ne s'est-elle produite que par le fait de l'augmentation de volume du testicule.

Rapprochant cette observation de la précédente, nous pensons que lorsque chez un sujet ayant atteint ou dépassé 30 ans on verra un testicule ectopié effectuer sa descente, il sera bon de surveiller attentivement ce testicule et de songer à un néoplasme possible de cet organe.

*
* *

Hydrocèle en bissac de Dupuytren. Leçon clinique. *Bulletin médical*, 13 février 1898.

Ce qui fait avant tout l'intérêt de ce cas, c'est le mode de traitement et aussi les constatations que nous avons pu faire durant l'interven-

tion, concernant les rapports du péritoine avec la portion intra abdominale de la tumeur.

D'après les auteurs, les rapports entre le péritoine et la portion supérieure de l'hydrocèle en bissac sont encore mal connus. Pour M. Bazy, le plus souvent en se développant, la tumeur décollerait le péritoine iliaque et le refoulerait contre la paroi abdominale antérieure. Exceptionnellement la tumeur s'insinuerait entre la paroi abdominale antérieure et le feuillet péritonéal correspondant.

Il s'agissait dans notre cas, d'un jeune noir de 18 ans. La maladie avait commencé un an auparavant par une augmentation de volume de la bourse et ce n'était que dans le dernier mois avant l'entrée à l'hôpital que la tumeur de la fosse iliaque s'était montrée. L'hydrocèle mesurait vingt-huit centimètres de hauteur et quarante centimètres de circonférence dans sa portion scrotale.

Comme traitement, nous avons fait l'énucléation de la poche. Au lieu d'inciser sur la portion scrotale et de chercher après évacuation du liquide à énucléer à travers l'orifice inguinal externe la portion abdominale, nous avons fait une longue incision cutanée à la fois iliaque et scrotale, sectionnant l'aponévrose du grand oblique parallèlement à l'arcade de Fallope. Par cette large brèche, la poche a pu être facilement extirpée ; la partie inférieure seule a été conservée pour former la séreuse testiculaire. Le trajet inguinal a été fermé suivant le procédé de Bassini, afin de s'opposer à toute hernie consécutive.

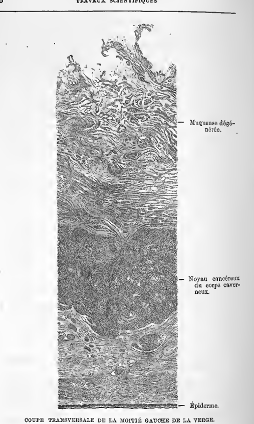
L'opération a permis de nettement constater que le péritoine, tant l'iliaque que le pariétal antérieur, avait été décollé et repoussé par la tumeur.

*
* *

Sur une forme singulière de cancer de l'urèthre. (En collaboration avec M. BINAUD.) *Association française d'urologie*, 1897.

Ce qu'il y a de particulier dans cette observation, c'est la déformation de la verge qui s'est manifestée dès les premiers temps de l'affection.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, ce qui frappe c'est l'existence



COUPE TRANSVERSALE DE LA MOITIÉ GAUCHE DE LA VERGE.

d'une brusque coudure de la verge siègeant à 4 cent. du méat. Le pénis se trouve ainsi divisé en deux portions inégales. L'une, comprenant les deux tiers postérieurs de l'organe, se dresse parallèlement à la paroi abdominale comme dans l'érection. L'autre, formée du gland et de la partie immédiatement sous-jacente, est rejetée en bas et à droite, elle est flasque.

Le fourreau de la verge a sa coloration habituelle.

Le segment antérieur (gland et partie immédiatement sous-jacente) a conservé sa consistance normale. Le segment postérieur présente au contraire une zone indurée nettement indépendante des téguments et des corps caverneux. Cette induration occupe l'épaisseur même de l'urèthre.

La mort est survenue six mois après le début de la maladie.

Le dessin ci-contre représente la coupe de la moitié gauche de la verge. A part la lésion de l'urèthre, on y voit encore un envahissement du corps caverneux par le néoplasme. Ce noyau cancéreux péri-uréthral avait 2 cent. de longueur; le corps caverneux droit était indemne.

Au reste, en ce qui concerne l'urèthre, l'examen microscopique a révélé les détails suivants : La tumeur est formée d'un stroma conjonctif très délié et de nappes d'éléments cellulaires. Le stroma très délicat, parfois réduit à un liséré très fin ou même à une couche de cellules plates analogues à celles d'un endothélium, est difficile à saisir dans certains points, et par suite même de ces caractères il pourrait dans ces régions laisser croire à l'existence d'un sarcome.

Les cellules sont volumineuses, de forme peu variée, arrondie ou polygonale, quelquefois en raquette. Elles sont constituées par un noyau volumineux bien coloré et une masse protoplasmique assez abondante. Beaucoup de ces éléments sont en voie de division karyokinétique.

Les vaisseaux peu nombreux situés dans le stroma sont pourvus de parois propres.

Au point de vue pratique, l'étude de cette observation nous porte à croire qu'une rigidité permanente de l'urèthre accompagnée de symptômes de rétrécissement constitue une forte présomption en faveur d'une tumeur maligne.

Un cas d'ectopie rénale diagnostiqué pendant la vie et vérifié à l'autopsie. *Société d'anatomie*, 19 septembre 1892.

* * *

Hydronéphrose consécutive à un cancer de l'utérus. *Société d'anatomie*, 21 décembre 1891.

* * *

Polype muqueux de l'urèthre. (En collaboration avec M. BINAUD.) *Société de gynécologie*, 10 mars 1896.

Ce polype a été enlevé chez une femme de 23 ans, qui se plaignait de souffrir en urinant depuis l'âge de 12 ans. Mictions fréquentes diurnes et nocturnes. Douleurs insupportables après les mictions. Rapports sexuels très douloureux.

Le point intéressant est dans l'examen microscopique de la tumeur. Un fragment a été traité par la méthode de Golgi pour la recherche des nerfs. La portion de la muqueuse uréthrale où se faisait le point d'implantation a été traitée de la même manière. Il n'existe de filets nerveux que dans ce dernier point, le polype paraît en être dépourvu.

* * *

Rein unique avec vaisseaux supplémentaires, capsule surrénale unique, verge palmée, ectopie testiculaire unilatérale et pied bot, sur un même sujet. *Société d'anatomie*, 5 décembre 1892.

* * *

Reins polykyetiques. *Société d'anatomie*, 24 décembre 1894.

La mort survint dans le coma.

Le rein droit mesurait 25 centim. de longueur sur 12 centim. de largeur et pesait 1 kil. 700. Le gauche, quoique mesurant 25 centim. sur 14 centim. de largeur, ne pesait que 1,180 gr.

* * *

Hypertrophie de la prostate ; résection des canaux déférents ; péritonite généralisée ; mort. (En collaboration avec M. MICHEL.) *Société d'anatomie*, 22 février 1897.

La mort est survenue douze jours après la résection des canaux déférents, mais cette intervention ne saurait être mise en cause. Il n'y avait pas trace de suppuration au niveau des régions opératoires, la réunion par première intention s'était faite des deux côtés. De plus, les cordons spermatiques suivis jusqu'aux orifices inguinaux profonds n'étaient pas enflammés.

La péritonite généralisée a eu vraisemblablement son point de départ dans un abcès situé dans l'épaisseur de la paroi vésicale.

Par les symptômes cliniques et les lésions relevées à l'autopsie, si cette péritonite ne répond pas entièrement aux péritonites putrides de Bumm, elle s'en rapproche beaucoup et elle doit au moins être classée dans les formes mixtes décrites par les auteurs.

* * *

Hémorrhagie protubérantielle ; tuberculose rénale. *Société d'anatomie*, 15 octobre 1893.

* * *

Hématocèle prise pour une tumeur solide du testicule. *Société d'anatomie*, 16 janvier 1893.

ABDOMEN

Recherches expérimentales sur les infections péritonéales. (En collaboration avec M. AUCHÉ.) *Société de gynécologie*, 12 octobre 1897.

L'animal choisi pour nos recherches a été le lapin.

Dans un certain nombre de cas nous avons introduit par simple piqûre dans la cavité péritonéale de nos animaux, des cultures micro-

biennes accompagnées ou non de liquides variés : sérum artificiel, sang, eau stérilisée, solutions antiseptiques.

Chez d'autres animaux nous avons pratiqué une laparotomie au cours de laquelle nous avons fait pénétrer dans le péritoine soit une simple culture microbienne, soit cette même culture et une certaine quantité de liquides divers : eau stérilisée, sérum, eau boriquée, solution aqueuse de sublimé.

Conclusions. — Nos expériences viennent à l'appui de l'opinion de Grawitz et de celle de Pichevin et A. Petit, pour démontrer l'innocuité relative des injections intra-péritonéales de cultures microbiennes. Nous disons innocuité relative, car dans deux cas la mort est survenue, mais elle n'est arrivée que très tardivement et n'a pas été due à une péritonite. Du reste, pour déterminer des péritonites par simple injection de cultures microbiennes, il suffit de s'adresser à des microbes très virulents et de les injecter à doses massives.

Nos expériences montrent toute l'importance des lésions péritonéales au point de vue de la possibilité de l'infection. Tel agent microbien resté inactif quand il est injecté par simple piqûre, amène au contraire rapidement la mort par péritonite lorsqu'il est introduit dans l'abdomen par la laparotomie.

Les liquides stérilisés mais non antiseptiques introduits dans la cavité péritonéale, soit par piqûre, soit par laparotomie, ont paru favoriser l'infection. L'action est très nette, en particulier pour le sérum artificiel injecté par piqûre et à doses massives : 1/12 à 1/15 du poids. Par contre, ce même sérum à doses moins élevées, 1/80 à 1/32, semble avoir eu une action favorable.

Les liquides antiseptiques non seulement n'ont pas empêché l'infection péritonéale, mais encore ont paru hâter la mort.

En somme, au point de vue de l'infection, action néfaste des liquides introduits dans la cavité péritonéale.

Au point de vue pratique, nos expériences démontrent une fois de plus la supériorité de l'asepsie sur l'antisepsie en chirurgie abdominale.

* * *

Sur la cure radicale du cancer du gros intestin (rectum excepté).
Thèse de Bordeaux, 1894, couronnée par la Faculté de médecine de Bordeaux.

Notre travail est basé sur l'étude de 89 observations.

ÉTUDE CRITIQUE DES PROCÉDÉS EMPLOYÉS DANS LA CURE RADICALE DU CANCER DU GROS INTESTIN

D'une façon générale, ces procédés se divisent en deux classes :

1° Les procédés rapides ou de cure en un temps.

2° Les procédés lents ou en plusieurs temps.

Procédés de cure en un temps. — Ils comprennent tous quatre actes successifs :

Section de la paroi abdominale.

Résection de l'anse malade.

Traitement des deux bouts de l'intestin.

Suture de la paroi abdominale.

Ce qui fait leur diversité, ce qui les sépare les uns des autres, c'est avant tout le traitement des deux bouts de l'intestin après l'ablation de la portion malade.

L'inconvénient de tous ces procédés de cure en un temps, c'est la durée de l'opération et les risques d'inoculation du péritoine par le contenu intestinal soit au moment même de l'intervention, soit dans les jours qui la suivent immédiatement.

Procédés de cure en plusieurs temps. — Parmi eux nous citons particulièrement celui de Bloch, de Copenhague : après laparotomie, l'anse malade ainsi qu'une partie saine en amont et en aval sont attirées au dehors. On les fixe à la paroi par des sutures ou on les laisse contracter des adhérences avec cette paroi, suivant la façon d'opérer de Maydl dans l'anus contre nature. Dans une deuxième séance on pratique la résection de la partie malade et on réunit, si possible, par des sutures les deux bouts de l'intestin. Quand la continuité du tube intestinal est assurée, l'anse est repoussée dans la cavité abdominale.

Ces procédés de cure en plusieurs temps ont l'inconvénient d'imposer aux malades les ennuis d'interventions multiples, mais ici comme dans toute autre opération chirurgicale, la question de sécurité prime

celle d'élégance et de rapidité, et nous serons conduit à rechercher dans le chapitre suivant si les procédés lents de cure radicale du cancer du côlon offrent comme sécurité des avantages sur leurs concurrents.

RÉSULTATS

Peut-on espérer obtenir par une intervention chirurgicale une guérison complète et définitive. Il en est pour le cancer du côlon comme pour celui des autres organes, mais il est bon de remarquer, avec Matlakowsky et Bloch, que les dégénérescences ganglionnaires et les métastases viscérales y sont relativement tardives.

Du reste voici les résultats que fournit la statistique. Bloch a réuni 145 cas d'intervention chirurgicale pour cancer du gros intestin, rectum excepté.

Ces 145 malades sont répartis en deux grandes catégories, les uns, les plus nombreux, chez lesquels on a abandonné dès l'abord l'idée d'un traitement radical et qui ont été justiciables d'un anus contre nature, les autres chez lesquels on a fait l'ablation du néoplasme. Nous ne nous occuperons ici que de ces derniers.

Sur 29 d'entre eux on fait l'entérectomie avec entérorrhaphie immédiate ; l'anse intestinale est rentrée dans l'abdomen et la plaie abdominale est fermée. 12 survivent, 17 meurent, soit une proportion de 42,1 p. 100 de guérisons.

Sur les 12 survivants, chez 5 il survint une fistule au siège de l'opération.

De ces 12 opérés, 6 ont récidivé rapidement.

Des 6 autres, 3 vivaient encore 4, 6 et 11 mois après l'opération. Un autre mourut d'iléus deux mois après. On manque de détails sur les deux autres.

Chez 16 malades on a fait un anus artificiel après résection du néoplasme. Sur ces 16 cas, 8 guérisons, 8 morts, soit 50 p. 100 de guérisons.

De ces 8 survivants, 3 sont morts plus tard de récidive. Chez un on a commencé le traitement de l'éperon. Chez deux on a fermé l'anus contre nature 1 mois et demi après la première opération.

Chez 1 malade on fait après résection une entérorrhaphie partielle

avec anus contre nature partiel. Deux mois aprés on ferme cet anus, il persiste une fistule, et 5 mois après la première opération la récidive se montre.

En somme, si l'on ajoute deux cas de Bloch, on voit que sur 48 sujets ayant subi l'ablation de leur néoplasme il y a 22 survivants et 26 morts, soit une proportion de 45,8 p. 100 de guérisons immédiates.

Des 22 survivants, 9 eurent une récidive et 1 une métastase sans récidive locale; 12 ont présenté des résultats favorables, mais avec un point d'interrogation pour l'avenir.

Si l'on s'en tenait aux résultats bruts, l'opération palliative serait plus dangereuse que la curative, car sur 90 cas la première compte 72 morts, tandis que sur 48 la seconde accuse 22 guérisons immédiates. Il est facile d'expliquer cette anomalie qui n'est qu'apparente.

Les mauvais résultats de l'opération palliative sont dus en effet à ce qu'elle est appliquée avant tout aux cas désespérés, aux malades apportés à l'hôpital en plein accès d'occlusion ou encore aux affaiblis, aux cachectiques.

A côté de la statistique de Bloch, celle de Czerny et Rindfleisch accusant 50 p. 100 de guérisons immédiates dans les cas d'opération radicale.

Baillet lui aussi donne ce même chiffre de 50 p. 100. Quant à nous, si nous considérons en bloc les 89 cas de cancer du côlon que nous avons réunis et dans lesquels on a fait l'ablation du néoplasme, nous trouvons que sur ces 89 malades, 52 ont survécu à l'opération, soit une proportion de 58,4 p. 100 de succès.

Ce sont des résultats peu brillants, aussi certains chirurgiens se sont demandé s'il ne valait pas mieux abandonner toute idée d'ablation et ils ont proposé de substituer l'opération palliative à l'opération radicale. Albert professe cette opinion et il admet que la durée de la maladie abandonnée à elle-même peut être évaluée à un an. Si donc nos opérés arrivent à vivre plus d'un an après l'opération, nous pourrons nous flatter au moins de ne pas leur avoir été inutiles. Eh bien, il nous suffira de citer les cas de Rindfleisch où los sujets étaient encore en parfaite santé 16, 19 mois et même 6 ans après l'intervention.

Ce sont là des exceptions heureuses, qu'importe, puisque étant donné un cas, nous sommes dans l'impossibilité de prévoir dans quelle catégorie il rentrera au point de vue de la survie opératoire.

Doit-on toujours et quand même rechercher la cure radicale, doit-on toujours tenter l'extirpation du néoplasme ? Il faut ici mettre au premier rang des contre-indications l'existence d'occlusion complète. Il est à peine nécessaire de signaler également toute trace de généralisation.

Il est certain encore qu'on doit abandonner toute idée d'opération radicale si celle-ci de par l'étendue des lésions, doit nécessiter des dégâts considérables. Étant admis que la cure radicale peut être tentée, quel est le procédé qui méritera la faveur du chirurgien ?

Sur nos 89 observations, il en est seulement 74 pouvant être utilisées pour éclaircir ce point.

Ces 74 observations se divisent en deux groupes.

Le premier groupe comprend celles où l'on a fait la résection avec entérorrhaphie immédiate. Ici 55 opérations avec 24 morts et 31 guérisons, soit une proportion de 56 p. 100 de succès.

Dans le second groupe sont réunis les cas où, après résection, on a créé un anus contre nature. Ici 19 opérations fournissent 15 guérisons et 4 morts, soit 84 p. 100 de succès.

La résection simple avec formation d'un anus contre nature donne donc des résultats bien supérieurs à ceux fournis par la résection suivie d'entérorrbapbie immédiate.

Si l'on oppose aux chiffres, l'horrible infirmité constituée par l'existence d'un anus contre nature, on doit remarquer que cet anus n'est pas au-dessus des ressources de l'art, et que d'autre part dans la résection avec entérorrhaphie immédiate on voit assez souvent s'établir une fistule stercorale.

De l'étude de ces résultats il nous semble donc ressortir que les procédés lents sont préférables ici aux procédés rapides.

Le procédé de Bloch paraît être le procédé de choix en ce qui concerne l'ablation même du néoplasme. Pour la cure de l'anus contre nature créé dans son second temps ce procédé a encore à faire ses preuves.

Dans les cas rares où l'anse malade ne pourra être attirée à travers

la plaie abdominale, on pratiquera la résection immédiate avec fixation des deux bouts d'intestin à la paroi abdominale. L'anus contre nature ainsi créé sera oblitéré consécutivement.

*
* *

Sur un cas d'épithélioma cylindrique de l'œsophage. *Société d'anatomie*, 4 décembre 1893.

L'œsophage est envahi à deux centimètres du cardia par une tumeur végétante et molle formant une bague à peu près complète.

L'intérêt de ce cas est surtout dans l'existence d'un épithélioma cylindrique d'origine glandulaire. Robin et Hanot ont été les premiers à attirer l'attention sur cette forme de cancer de l'œsophage, car les auteurs classiques considèrent l'épithélioma de l'œsophage comme étant toujours pavimenteux.

*
* *

Tuberculose du cæcum. Ablation par le procédé de Bloch. Mort vingt-huit heures après le deuxième temps de l'intervention. Examen anatomo-pathologique. (En collaboration avec M. Carrière.) *Société d'anatomie*, 15 mars 1897.

C'est un bel exemple de ces tuberculoses chirurgicales du cæcum sur lesquelles MM. Hartmann et Pilliet ont attiré l'attention.

L'aspect extérieur était tel qu'une fois la laparotomie faite et la tumeur sous les yeux, le diagnostic de cancer du cæcum a paru devoir s'imposer.

Signalons encore l'absence d'adhérences importantes entre la tumeur et les organes voisins et aussi l'effacement à peu près complet de la lumière de l'intestin.

Au point de vue microscopique quelques points particuliers sont à signaler. La couche sous-séreuse présente de très nombreuses travées de sclérose qui nous expliquent la rigidité et la dureté de cette tuberculose cæcale. Dans ce tissu de sclérose existent des amas de cellules embryonnaires et des follicules tuberculeux typiques. A noter

encore le nombre infinitésimal de bacilles de Koch rencontrés dans nos préparations, fait qui est peut-être en rapport avec l'évolution lente du mal.

*
* *

Note sur trois cas de gastrostomie par le procédé de Franck Villar. *Archives cliniques de Bordeaux*, novembre 1895.

On a reproché au procédé de Franck Villar d'être long et difficile.

En ce qui concerne sa longueur, vingt-cinq, vingt et dix-huit minutes représentent dans nos cas le temps écoulé entre le premier coup de bistouri et le dernier point de suture.

L'estomac chez nos trois malades a été très facilement découvert et attiré au dehors, bien que dans un cas il se soit agi d'un cancer avoisinant le cardia. Enfin la bouche stomacale a fonctionné d'une façon parfaite.

Quand l'estomac n'est pas trop adhérent ou rétracté, le procédé de Franck Villar ne le cède en rien à aucun de ses concurrents ; dans ces cas il est d'une exécution facile et rapide et la bouche stomacale qu'il fournit est de nature à donner pleine et entière satisfaction.

*
* *

Volumineuse hernie inguinale. *Société d'anatomie*, 24 avril 1893.

*
* *

Rétention biliaire; cholécystostomie. (En collaboration avec M. AUNIS.) *Société d'anatomie*, 5 juin 1893.

Cancer du côlon ascendant. *Société d'anatomie*, 10 décembre 1894.

La malade a succombé plus de cinq mois après l'opération sans aucune trace de récidive ou de généralisation. La mort a été due à la formation dans la fosse iliaque droite d'un vaste clapier contenant

des débris alimentaires et communiquant d'une part avec l'extérieur par un trajet fistuleux, d'autre part avec l'intestin par une perforation d'environ six millimètres de diamètre siégeant au point même où l'entérorrhaphie avait été pratiquée. Un pareil accident n'aurait pu se produire avec les procédés de cure lente que nous préconisons dans notre thèse.

* * *

Pseudo-kyste sacculaire avec lipome herniaire ; blessure de la veine fémorale ; guérison. *Société d'anatomie*, 17 juin 1895.

* * *

Infarctus de la rate. *Société d'anatomie*, 16 janvier 1893.

* * *

Sphacèle d'une portion de l'intestin grêle. *Société d'anatomie*, 15 février 1892.

* * *

Kélotomie et lavage de l'estomac. Observation in thèse de GUÉRIN. Bordeaux, 1896.

GYNÉCOLOGIE

Note sur l'action des injections intra-péritonéales du contenu des kystes ovariques. (En collaboration avec M. AUCHÉ.) *Société de biologie*, de Paris, 3 juillet 1897.

CONCLUSIONS

1° En l'absence de suppuration, le contenu des kystes proligères de l'ovaire et des kystes du parovaire est absolument aseptique alors même qu'il y a adhérence de ces kystes avec l'intestin ou encore torsion du pédicule.

2° La toxicité des liquides des kystes proligéres de l'ovaire est variable et cette variabilité ne dépend pas de la nature papillaire ou glandulaire du kyste. Nous ne saurions diro si à cet égard la torsion du pédicule a une influence quelconque. Sauf dans un cas, tous les lapins qui ont reçu plus de un sixiéme de leur poids de liquide sont morts, quelquefois en moins de vingt-quatre heures.

3° La toxicité des liquides des kystes du pavoraire est beaucoup moindre et comparable à celle du sérum artificiel qui est à peu près nulle.

4° Par ordre de toxicité décroissante, on peut classer de la façon suivante les liquides injectés : *a*) liquide des kystes proligéres de l'ovaire; *b*) eau stérilisée; *c*) sérum artificiel stérilisé et contenu des kystes du parovaire.

5° Dans tous les cas suivis ou non de mort, l'action de l'injection des liquides des kystes proligères se traduit par une déchéance prononcée de l'organisme et une diminution de poids parfois considérable.

6° Avec les liquides des kystes du parovaire ces modifications sont presque insignifiantes.

7° La température ne subit pas des modifications identiques dans tous les cas. Un fait cependant constant pour tous les kystes, c'est qu'il n'y a jamais d'élévation de la courbe thermique. Pour les kystes proligères, dans les cas graves où la mort arrive dans les premiers jours, il y a un refroidissement progressif quelquefois considérable, de l'animal. Dans les cas de survie la température se relève, mais ne dépasse jamais la normale. Pour les kystes du parovaire, quand l'injection a été abondante on observe une chute brusque dans les vingt-quatre à quarante-huit heures que dure l'élimination.

8° A moins que la mort ne survienne trop rapidement, le liquide injecté est toujours résorbé complétement. Pour les kystes proligères l'élimination est toujours lente et dure plusieurs jours; pour les kystes du parovaire ello est compléte au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. L'élimination paraît se faire par la voie rénale; elle peut être aidée par la voie intestinale.

9° Le résidu solide des kystes proligéres se dépose dans la cavité abdominale, se concréte sous forme de petites masses situées plus

particulièrement sur le grand épiploon ou à la surface du foie et de la rate et disparaît beaucoup plus tardivement.

10° Les lésions macroscopiques consistent en de l'infiltration du tissu cellulaire de la paroi abdominale, quelquefois même du tissu cellulaire de régions éloignées (aisselle, médiastin), du tissu cellulaire sous-péritonéal, du mésentère et parfois des parois intestinales qui, alors, sont un peu épaissies, comme œdématiées, tremblotantes. Dans quelques cas, nous avons trouvé du liquide dans les cavités pleurales et péricardiques et assez souvent une vascularisation exagérée du mésentère, de l'intestin grêle, plus rarement du gros intestin et de l'estomac.

11° Jamais la séreuse péritonéale n'a été infectée par le liquide injecté.

Action des injections intra-péritonéales du contenu des kystes ovariques. Étude expérimentale. (En collaboration avec M. Auché.) *Archives de médecine expérimentale*, janvier et mars 1898.

La rupture intra-péritonéale des kystes de l'ovaire et du parovaire est un accident sur la valeur duquel les chirurgiens sont loin d'être d'accord. En laissant de côté la question d'ensemencement, de greffe pouvant succéder à la pénétration dans le péritoine, du liquide ou des productions néoplasiques jusqu'alors enfermées dans la poche kystique, on voit les opinions les plus diverses être émises par les auteurs.

Sans parler du traitement qui a ici une importance considérable, une rupture intra-péritonéale amènera des symptômes extrêmement variables et d'après la nature du liquide épanché, et d'après l'absence ou l'existence de brides, d'adhérences péritonéales pouvant limiter l'épanchement du liquide. Enfin l'absence ou la présence de l'ascite, l'état général de la malade, l'état des viscères et en particulier des reins doivent encore entrer en ligne de compte.

Si l'on veut bien songer à tous ces facteurs, on conçoit qu'il soit très difficile de se faire une opinion en s'appuyant uniquement sur les données cliniques.

Nous avons donc songé à recourir à l'expérimentation. En dehors des considérations physiques et mécaniques et de quelques autres

actions telles que l'acte réflexe qui a été invoqué chez la femme mais qui ne paraît pas devoir jouer un rôle dans nos expériences, le liquide épanché peut agir par intoxication ou par infection. Ici les conditions sont à peu près les mêmes chez la femme et chez l'animal.

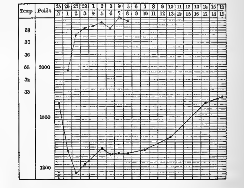
Pour pouvoir évaluer d'une façon à peu près exacte ce que nous appellerons la toxicité du liquide des kystes de l'ovaire, nous avons dû prendre un terme de comparaison.

Nos expériences peuvent donc être classées sous trois chefs :

1° Injection intra-péritonéale du contenu des kystes de l'ovaire ;

2° Injection intra-péritonéale de sérum artificiel stérilisé ;

3° Injection intra-péritonéale d'eau distillée stérilisée.



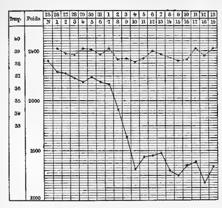
La technique que nous avons suivie a été établie de manière à mettre à l'abri des infections microbiennes accidentelles dans le cours des manipulations et aussi de manière à injecter aux animaux le liquide kystique avec toutes les qualités qu'il possédait dans la tumeur.

Les animaux ont été suivis quotidiennement, souvent même ils ont été examinés plusieurs fois par jour, surtout dans les premières

heures après l'injection intra-péritonéale. Les variations de poids et de température ont fait l'objet d'observations quotidiennes.

L'histoire clinique des malades qui ont fourni les liquides kystiques, les résultats de l'examen anatomo-pathologique de leurs tumeurs sont rapprochés des observations des animaux mis en expérience.

Les différences d'action des liquides des kystes ovariques et des



liquides des kystes du parovaire sont bien mises en évidence par l'examen des tracés qui sont contenus dans notre travail.

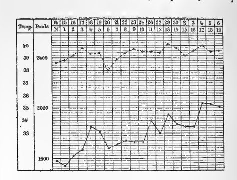
Voici par exemple un diagramme se rapportant à une injection intra-péritonéale du liquide d'un kyste du parovaire.

On voit que l'animal pesant 1,157 gr. reçoit l'énorme dose de 550 gr. de liquide ; il reprend son poids initial 48 heures aprés l'injection et n'est que fort peu influencé par l'opération car dés le troisiéme jour il commence à augmenter de poids.

Combien différente est l'action du liquide d'un kyste ovarique.

Les deux courbes suivantes qui ont été séparées pour les besoins de l'impression mais qui se rapportent à une seule et méme expérience,

montrent que le lapin ne reprend son poids initial que le huitième jour ; mais c'est pour arriver à perdre encore 600 gr. de son poids initial. Ce n'est qu'au trente-deuxième jour après l'opération qu'il



sort définitivement de cette période d'amaigrissement et qu'il commence à augmenter de poids.

Nous ne pouvons ici insister davantage sur les résultats de nos expériences dont l'analyse nous a permis de tirer les conclusions rapportées plus haut dans la citation de notre note à la Société de biologie.

Quoi qu'il en soit de ces expériences, nous en avons rapproché les résultats, des données cliniques et nous avons vu comment ils pouvaient nous expliquer au moins en partie la diversité des symptômes observés chez les malades et aussi la diversité des opinions émises sur la gravité des ruptures intra-péritonéales des kystes ovariques ou para-ovariques.

*
* *

Obstruction intestinale par carcinome de l'ovaire. *Société de gynécologie*, 8 octobre 1895.

La tumeur avait le volume d'une grosse mandarine et avait envahi l'anse pelvienne du côlon ainsi qu'une anse d'intestin grêle.

L'un des points intéressants était l'absence d'ascite.

*
* *

Cloisonnement du vagin chez deux femmes âgées atteintes de prolapsus utérin. *Société de gynécologie*, 1897.

Dans l'un des cas il s'agissait d'une femme de 70 ans ; depuis l'âge de 56 ans, la malade avait son utérus pendant entre les cuisses.

Dans l'autre cas, la malade, âgée de 65 ans, avait un prolapsus complet datant de 30 ans.

Chez nos deux malades nous avons fait le cloisonnement du vagin ; les résultats immédiats ont été excellents ; l'état des deux femmes était encore parfait, vingt-six mois et quatorze mois après l'intervention.

Chez la malade qui fait l'objet de notre deuxième observation, nous avons légèrement modifié le procédé de Le Fort en ce qui concerne le mode de sutures. Au lieu de passer transversalement les fils jusqu'au centre de l'avivement, ce qui est toujours assez délicat, nous n'avons pris que les bords de la surface cruentée et nous avons complété chacune des sutures marginales par une suture en surjet à direction transversale. Ces dernières sutures en assurant une parfaite coaptation des portions centrales des zones avivées, devaient faciliter une réunion par première intention dans toute l'étendue de la plaie.

Dans les deux cas le cloisonnement du vagin a été complété par une réfection de la fourchette, comme l'a préconisé le professeur Duplay.

Chez les femmes atteintes de prolapsus total et ayant depuis longtemps dépassé la ménopause, le cloisonnement du vagin doit pouvoir donner des résultats avantageux.

*
* *

Dégénérescence épithéliomateuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire. *Société de gynécologie*, 1897.

La dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire est rare. Masson dans sa thèse n'a pu en réunir que 24 observations dont 20 épithéliomas et 4 sarcomes.

Pour expliquer cette pénurie de documents, il faut peut-être aussi faire entrer en ligne de compte l'absence d'examen microscopique. La dégénérescence maligne ne se décèle en effet macroscopiquement, du moins au début, que par un simple épaississement de la paroi. L'examen microscopique a seul mis en évidence, dans notre cas, la dégénérescence épithéliomateuse.

Chez notre malade le diagnostic de fibrome utérin semblait devoir s'imposer. Le ventre une fois ouvert, l'erreur était encore possible, par suite de la disposition du néoplasme, qui venait coiffer et entièrement cacher l'utérus aussi bien à la vue qu'au toucher.

* * *

Pyosalpinx tuberculeux. *Société d'anatomie*, 1897.

* * *

Trois tumeurs papillaires ovariennes. (En collaboration avec M. Binaud.) *Société de gynécologie*, 26 mai 1896

* * *

Anomalie du ligament large droit avec absence de la trompe et de l'ovaire correspondants. *Société d'anatomie*, 20 juillet 1896.

* * *

Kyste dermoïde suppuré de la grande lèvre.

Ce kyste a été extirpé chez une femme de 34 ans ; il était apparu douze ans auparavant alors que la malade était au deuxième mois de sa première grossesse ; il avait été incisé à plusieurs reprises.

L'extirpation a été suivie de guérison.

Torsion du pédicule d'un kyste du parovaire. (En collaboration avec M. Binaud.) *Société de gynécologie*, 1896.

Chez une femme de 27 ans, on constate tous les signes d un kyste uniloculaire de l'ovaire avec légère mobilité de la tumeur.

La tumeur est supportée par un pédicule large de 4 centimètres, long de 10 centimètres, se continuant inférieurement avec le bord supérieur du ligament large sur lequel il s'implante à deux travers de doigt de la corne utérine. Ce pédicule est tordu sur lui-même et présente un tour et demi de spire.

L'ovaire étiré est accolé au pédicule, il a suivi le mouvement de torsion de ce dernier. L'ovaire et la trompe sont congestionnés, violacés.

Les recherches que nous avons pu faire au moment de cette publication ne nous ont pas permis de rencontrer de faits semblables dans la littérature médicale. Ces faits ne doivent point pourtant être exceptionnels.

Dans notre cas la torsion du pédicule ne s'est accompagnée d'aucun phénomène réactionnel cliniquement appréciable, et le peu de développement des vaisseaux du pédicule nous semble devoir être mis en cause pour expliquer la bénignité de sa torsion.

THORAX ET BASSIN

Kyste hydatique de l'os coxal. — Diagnostic avant l'intervention. Opération. Guérison. *Congrès de gynécologie de Bordeaux*, 1895.

C'est le premier cas dans lequel le diagnostic ait été porté avant l'intervention. C'est le second cas de guérison, car jusqu'alors, seule l'opérée de Bardeleben avait survécu à l'opération.

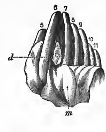
*
* *

Hernie du poumon spontanément réductible. *Société d'anatomie*, 1er mai 1893.

Hernie du poumon. *Société d'anatomie*, 17 juillet 1893.

C'est une des rares observations où l'examen clinique ait été suivi d'autopsie.

Le poumon gauche offre au sommet une caverne du volume du poing ; il existe à ce niveau quelques adhérences extrêmement faibles. Par contre, de la lèvre supérieure de la scissure interlobaire partent de nombreuses et solides adhérences allant se perdre sur la



paroi thoracique, le diaphragme et le péricarde. La portion herniée du poumon est le bord inférieur du lobe supérieur et dans cette portion herniée existe une caverne du volume d'une noisette.

La paroi thoracique présente après dissection du grand dentelé et au niveau du sixième espace intercostal gauche une zone amincie, mesurant deux centimètres de hauteur sur neuf centimètres de longueur. Dans cette zone l'espace intercostal est fermé par une simple lame celluleuse, fusiforme et transparente. Les muscles intercostaux très pâles sont réduits à une mince languette encadrant la lame celluleuse. Les côtes, les cartilages et leurs articulations ne présentent aucune lésion.

* * *

Kyste hydatique du muscle transverse. Oophoro-salpingite double. Foyer caséeux dans la corne utérine. — Pourriture d'hôpital post-opératoire. — Guérison. *Société de gynécologie*, 1897.

* * *

Résection du sommet du poumon droit. *Société d'anatomie*, 7 mars 1892.

* * *

Volumineuse tumeur de la région pectorale. *Société d'anatomie*, 17 décembre 1894.

Il s'agissait d'un myxo-chondro-sarcome des côtes.

* * *

Luxation de l'extrémité externe de la clavicule. Suture osseuse. Observation in thèse de Chapuis. Bordeaux, 1894.

* * *

Sur le traitement de la mastite suppurée. *Société de gynécologie*, 11 février 1896.

Dans les cas graves, lorsque le sein est occupé par des abcès multiples, lorsqu'il y a des phénomènes généraux marqués, il peut y avoir avantage à ouvrir le sein suivant un de ses grands diamètres.

Chacune des valves est curettée et badigeonnée avec une solution de chlorure de zinc à 1/10, puis la plaie est réunie avec drainage. On obtient ainsi et au prix de dégâts moindres des résultats aussi avantageux qu'avec la méthode de Bœckel.

TÊTE ET COU

Kyste dermoïde latéral du cou. Présence de tissu lymphoïde dans la paroi. (En collaboration avec M. Auché.) *Société de chirurgie de Paris*, 1897, et *Archives cliniques de Bordeaux*, 1898.

A ne considérer que les kystes dermoïdes latéraux du cou, on

peut dire que la présence de tissu lymphoïde dans leur paroi est extrêmement rare, si du moins on s'en rapporte aux observations qui ont été publiées.

Le malade qui fait l'objet de cette observation était un garçon de 19 ans. La tumeur siégeait du côté gauche du cou et avait débuté trois mois auparavant.

L'ablation a été assez facile en dépit de l'accolement du kyste à la veine jugulaire interne.

Aspect macroscopique. — Kyste du volume d'un bel œuf de poule. La face interne est irrégulière, parcourue qu'elle est par des plis bien marqués. A part ces plis, il existe de petites éminences arrondies rappelant la forme d'une papille.

Examen microscopique. — La paroi du kyste est essentiellement formée d'une partie superficielle épithéliale et d'une partie profonde conjonctive.

1° *Revêtement épithélial.* — Dans quelques points, le revêtement épithélial se trouve directement en contact avec les nodules lymphoïdes situés dans la tunique conjonctive, et la limite entre la couche épithéliale et la couche conjonctive y est très difficile à saisir.

2° *Paroi conjonctive.* — On y distingue trois zones : a) une zone sous-épithéliale ; b) une zone moyenne de tissu lymphoïde ; c) une zone extérieure de tissu conjonctif adulte.

Des hypothèses pouvant être mises en avant pour expliquer la présence de tissu lymphoïde dans la paroi d'un kyste dermoïde du cou, nous ne rejetons formellement que celle de Max Schede qui, dans notre cas, ne saurait se soutenir mais qui, peut-être, est susceptible de trouver ailleurs son application.

Au point de vue pratique, la constatation de tissu lymphoïde dans la paroi des kystes dermoïdes semble devoir permettre d'envisager sous un jour particulier la question des kystes ganglionnaires.

Si l'on excepte les kystes hydatiques dont nous ne connaissons qu'un exemple, il est probable que les cas décrits sous l'étiquette de kystes ganglionnaires sont ou des ganglions tuberculeux plus ou moins modifiés après ramollissement, ou encore des kystes dermoïdes avec tissu lymphoïde abondant et dans lesquels la zone épithéliale caractéristique a passé inaperçue.

Fibrome encapsulé du muscle buccinateur. Extirpation.
Société d'anatomie, 5 avril 1897.

Cette tumeur musculaire rare déjà par sa nature, l'est encore par son siège. Il ne saurait pourtant y avoir de doute et sa présence dans une loge limitée de tous côtés par les fibres du buccinateur paraît suffisante pour écarter l'idée d'un néoplasme développé aux dépens des autres organes de la région.

* * *

Sarcome du maxillaire supérieur. *Société d'anatomie*, 20 janvier 1896.

Il s'agit d'un sarcome embryonnaire. La résection totale du maxillaire supérieur que nous avons pratiquée a été suivie de guérison; celle-ci se maintient depuis plus de deux ans.

* * *

Hématome du pavillon de l'oreille. *Société d'anatomie*, 22 décembre 1892.

* * *

Un cas d'ictus laryngé. *Société d'anatomie*, 5 juin 1893.

* * *

Phénomènes laryngés et lésions articulaires chez une ataxique.
Société d'anatomie, 19 juin 1893.

* * *

Fracture de la base du crâne avec méningite. *Société d'anatomie*, 25 avril 1892.

L'intérêt principal de cette observation est dans l'existence d'une fracture indirecte de la base du crâne. Le sujet, un homme 37 ans,

étant en état d'ébriété, était tombé dans un escalier d'une hauteur de six ou sept marches.

La méningite était causée par le pneumocoque, et les symptômes généraux ne s'étaient montrés que onze jours après l'accident. La mort survint au dix-neuvième jour.

* * *

Foyer hémorrhagique de la protubérance. *Société d'anatomie*, 23 novembre 1891.

* * *

Sur un cas de méningite tuberculeuse *Société d'anatomie*, 24 juillet 1893.

* * *

Kyste dermoïde du plancher buccal avec adhérences probables à l'os hyoïde. *Société d'anatomie*, 14 décembre 1896.

* * *

Kyste dermoïde du plancher buccal avec adhérences à l'os hyoïde ; extirpation ; guérison ; examen de la paroi kystique. *Société d'anatomie*, janvier 1897.

C'est un exemple de kyste branchial venant s'insinuer dans l'épaisseur du plancher buccal.

MEMBRES

Plaie de la paume de la main ; section complète des tendons fléchisseurs de l'index ; anastomose des bouts périphériques de ceux-ci avec les tendons correspondants du médius ; guérison. *Société d'anatomie*, 10 mai 1897.

En essayant de déboucher une bouteille, un homme de 30 ans est atteint à la main gauche par un fragment de verre. Nous le voyons

deux jours plus tard. A ce moment il existe une plaie s'étendant du bord radial au bord cubital de la main, et suivant exactement le pli palmaire moyen. Les tendons fléchisseurs de l'index ont été coupés tous deux à la même hauteur; les bouts centraux ne se voient pas dans la plaie.

Trois jours après l'accident, intervention ; il est impossible de trouver les bouts centraux des tendons, même au moyen d'une incision verticale remontant jusqu'à 2 cent. au-dessus de l'interligne de l'articulation du poignet. Alors anastomose des tendons fléchisseurs de l'index avec ceux du médius. Pour cela, une petite boutonnière est pratiquée dans les tendons fléchisseurs du médius et dans chacune de ces boutonnières est introduit le tendon correspondant de l'index préalablement avivé. Les tendons sont fixés dans leur nouvelle position par quelques points de suture à la soie fine.

L'adducteur du pouce qui avait été intéressé par le traumatisme est suturé.

Suture de l'aponévrose antibrachiale, de l'aponévrose palmaire et de la peau.

Les doigts sont placés en flexion sur un gros tampon d'ouate.

Réunion par première intention.

Jusqu'au vingt et unième jour les doigts sont laissés en flexion, mais tous les deux jours le bandage est enlevé et nous faisons exécuter simultanément à l'index et au médius des mouvements passifs d'extension.

Trois semaines après l'opération, la main est laissée libre. Massage.

Deux mois après l'accident, les mouvements sont si bien revenus que le sujet peut reprendre son travail. Un an plus tard, la sensibilité laisse encore à désirer dans une petite zone de la partie externe de la pulpe de l'index, mais l'opéré peut se servir de sa main aussi bien qu'avant sa blessure.

*
* *

Lipome du tenseur du fascia lata *Archives cliniques de Bordeaux*, janvier 1897.

Les lipomes des muscles sont fort rares.

Ce sont les muscles à fonctionnement actif qui sont affectés, c'est le biceps brachial, le triceps crural, le grand pectoral, le grand dorsal, le grand adducteur, le deltoïde qui sont signalés dans les observations. Nous n'avons pas trouvé d'autre exemple de lipome du tenseur du fascia lata.

Pour expliquer cette localisation exceptionnelle, on ne peut guère invoquer les traumatismes locaux subis par la malade, car dans les cas réunis par Ribet on n'en trouve qu'un, celui de Monod, où l'apparation de la tumeur ait été précédée d'un traumatisme.

*
* *

Syndactylie membraneuse et brachydactylie. *Société d'anatomie* 19 décembre 1892.

*
* *

Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur avec envahissement de l'articulation coxo-fémorale. *Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*, 1897.

*
* *

Kyste épidermique de la premiére phalange du médius droit ; extirpation ; examen microscopique de la paroi kystique. *Société d'anatomie*, 8 mars 1897.

*
* *

Épithélioma développé sur une cicatrice de brûlure ; ablation ; autoplastie par la méthode italienne ; guérison datant de trois ans.

Le lambeau a été pris au-dessous du mamelon du côté opposé à la lésion.

Le lambeau transplanté se montre sous forme d'une zone assez sensiblement ovalaire, mesurant 13 centim. de longueur sur 7 centim. de largeur. Cette peau n'a pas perdu ses caractères primitifs et elle rappelle par son aspect et sa finesse celle qui entoure son lieu d'origine.

Dans toute la partie greffée la sensibilité au toucher, à la piqûre et à la température est parfaitement normale. Au dire du malade, cette peau serait plus facilement lésée que celle du côté opposé, par les traumatismes professionnels.

*
* *

Deux amputations de jambe au lieu d'élection, l'une par le procédé bordelais, l'autre par le procédé de Farabeuf. *Société d'anatomie*, 15 juin 1896.

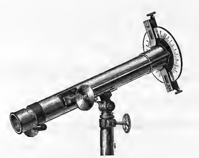
*
* *

Sarcome des parties molles de la région plantaire. Observation in thèse de ROCHE, Bordeaux, 1895.

VARIA

Instrument pour la vérification des lentilles cylindriques, bicylindriques et sphéro-cylindriques. *Société d'anatomie et de physiologie*, 14 mars 1892.

Au point de vue optique, notre instrument est un phakomètre de



Badal, mais un phakomètre portant à son extrémité antérieure une

platine sur laquelle s'applique au moyen de deux pinces le verre à examiner. Dans l'épaisseur même de cette platine se trouve une fente sténopéique pouvant être animée d'un mouvement de rotation au moyen du bouton qu'on voit sur la droite de l'instrument. La situation de la fente sténopéique est toujours indiquée à l'observateur par un index qui se meut sur un cadran divisé placé à la face postérieure de la platine. Quant à la plaque sur laquelle vient se peindre l'image, elle est commandée par un pignon situé sur la gauche.

Mode d'emploi. — 1° *Verre sphéro-cylindrique.* — Le verre étant saisi entre les deux pinces que porte la plaque, on amène l'index précisément sur la division où doit se trouver l'axe, si la prescription est bien exécutée. On détermine alors la réfraction dans ce méridien.

On fait décrire à l'index une rotation de 90° et on mesure la réfraction dans ce deuxième méridien. On a là toutes les données nécessaires pour savoir si le verre est bien celui qui a été ordonné.

2° *Verre plan cylindrique.* — En opérant comme précédemment on doit trouver 0 à la première lecture et le pouvoir réfringent du verre à la deuxième. Du reste, notre instrument permet de déterminer la direction de l'axe et le pouvoir réfringent d'un verre cylindrique dont nous ignorons ces deux données. Pour cela, mettre la plaque de verre dépoli au 0 et chercher la position de la fente sténopéique qui amène une vision nette dans cette situation Ce résultat obtenu, faire tourner la fente sténopéique de 90° et procéder à une deuxième mise au point qui donne immédiatement le pouvoir réfringent du verre plan cylindrique.

3° *Verre bicylindrique.* — On opère comme pour le verre sphéro-cylindrique, les deux lectures donnent les pouvoirs réfringents des deux faces.



Pouls lent permanent. *Société d'anatomie*, 2 octobre 1892.

TABLE DES MATIÈRES

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE